



Aide financière aux étudiants des TNO

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

Renseignements sur l'étudiant:

Si vous avez arrêté vos études à temps plein ou n'avez pas réussi votre année scolaire en raison d'une maladie, d'une blessure ou de circonstances extraordinaires, et que vous aimeriez annuler votre suspension, vous devez procéder comme suit :

- Soumettez un formulaire d'évaluation médicale ou des documents satisfaisants à la sous-ministre pour confirmer que vous deviez arrêter vos études ou que votre situation affectait vos études.

Il vous incombe de régler les honoraires exigés par le professionnel de la santé qui remplira ce formulaire; ils ne vous seront pas remboursés par le ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation.

Instructions pour l'étudiant:

- Remplissez la section 1, signez la partie du consentement et transmettez le formulaire d'évaluation médicale au professionnel de la santé pour qu'il remplisse la section 2.
- Une fois que les deux sections sont remplies, transmettez le formulaire au Bureau de l'aide financière aux étudiants à l'adresse ci-dessous.

Instructions pour le professionnel de la santé:

- Remplissez la section 2 et vérifiez que l'étudiant devait arrêter ses études à temps plein ou que sa maladie, sa blessure ou des circonstances extraordinaires affectaient ses études.
- Après avoir rempli cette section, signez le formulaire et renvoyez-le à l'étudiant ou à l'adresse ci-dessous.

Coordonnées:

Aide financière aux étudiants des TNO
Division des programmes de la sécurité du revenu
Ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
C. P. 1320
Yellowknife NT X1A 2L9

Numéro de téléphone : 1-867-767-9355 | 1-800-661-0793
Télécopieur: 1-867-873-0336 | 1-800-661-0893
Courriel : nwtsfa@gov.nt.ca



Aide financière aux étudiants des TNO

FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT

| | | |
|---|------------------------|------------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Date de naissance (AA-MM-JJ) |
| Adresse postale | | |
| Ville ou collectivité | Territoire ou province | Code postal |
| Numéro de téléphone | Adresse électronique | |
| Je consens à la divulgation des renseignements fournis par le professionnel de la santé au Programme d'aide financière aux étudiants des TNO, à la Division des programmes de sécurité du revenu et au ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation. Je comprends que ces renseignements serviront à déterminer mon admissibilité conformément aux règlements de l'aide financière aux étudiants. | | |
| <u> x </u> Signature de l'étudiant | | _____ Date (AA-MM-JJ) |

2. SECTION À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

| | | |
|---|------------------------|--------------------------|
| Nom | Titre | |
| Adresse postale du professionnel de la santé | | |
| Ville ou collectivité | Territoire ou province | Code postal |
| Numéro de téléphone | Télécopieur | |
| 1. Décrivez brièvement la nature de la maladie de l'étudiant: | | |
| 2. Quand l'étudiant a-t-il été diagnostiqué pour la première fois? (AA-MM-JJ) _____ | | |
| 3. Cette condition médicale a-t-elle beaucoup influé sur sa capacité à participer à ses études et à les terminer? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |
| 4. Avez-vous ou auriez-vous conseillé à l'étudiant d'arrêter ses études à temps plein en raison de cette condition médicale? <input type="radio"/> Oui. Date : AA-MM-JJ: _____ <input type="radio"/> Non. Veuillez expliquer: | | |
| Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts. | | |
| <u> x </u> Signature du professionnel de la santé | | _____ Date (AA-MM-JJ) |